



Kommunelegens rolle under koronapandemien – en kvalitativ studie

ORIGINALARTIKKEL

TONJE HUNGNES*

Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap

Høgskolen i Molde

og

Seksjon for forskning og innovasjon

Helse Møre og Romsdal

Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolking av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Tonje Hungnes er førsteamanuensis i organisasjon og ledelse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ERLEND VIK*

erlend.vik@himolde.no

Avdeling for økonomi og samfunnsvitenskap

Høgskolen i Molde

og

Seksjon for forskning og innovasjon

Helse Møre og Romsdal

Forfatterbidrag: idé, utforming/design, datainnsamling, analyse og tolking av data, litteratursøk, utarbeiding/revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Erlend Vik er førsteamanuensis i helseledelse.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ODD VEDDENG

Seksjon for forskning og innovasjon

Helse Møre og Romsdal

Forfatterbidrag: datainnsamling, utarbeiding/revisjon av manuset samt godkjenning av innsendte manusversjon.

Odd Vedding er forskningsrådgiver og tidligere fagdirektør i Helse Møre og Romsdal.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

*Erlend Vik og Tonje Hugnes har bidratt i like stor grad til denne artikkelen.

BAKGRUNN

Vi studerte kommunelegens rolle under pandemien for å få økt kunnskap om hvilken rolle de hadde i den kommunale kriseledelsen.

MATERIALE OG METODE

14 semistrukturerte intervju ble gjennomført med sentrale deltakere i kriseledelsen i fem kommuner fra områdene fag, politikk og administrasjon. Dataene ble gjenstand for empirinær kvalitativ analyse inspirert av en stegvis deduktiv-induktiv metode.

RESULTATER

Studien viste at kommunelegene var sentrale aktører i kriseledelsen som faglige premissgivere og koordinatører.

Kommunelegens faglige kunnskap ble etterspurt og verdsatt av kommuneledelsen i pandemisituasjonen, som var preget av usikkerhet. Kommunelegene brukte aktivt ulike nettverk i koordineringen av pandemiarbeidet og samhandlet med ulike aktører i kommunen, næringslivet og nasjonalt, både i arbeidet med smitteforebygging og -håndtering.

FORTOLKNING

Kommunelegenes samfunnsmedisinske kompetanse fikk en økt betydning under pandemien og ga kommunelegene tilgang til sentrale beslutningsarenaer og nettverk.

HOVEDFUNN

Kommunelegene i de fem kommunene var sentrale deltakere i kommunenes kriseledelse.

Kommunelegene var faglige premissgivere for beslutninger.

Arbeidet med smitteforebygging og -håndtering ble koordinert av kommunelegene.

Covid-19-pandemien er et eksempel på det Rittel og Webber omtaler som *wicked problems* (1, 2), på norsk kalt *gjenstridige problemer* (3). Gjenstridige problemer kjennetegnes ved at de er unike, uforutsigbare, komplekse, uten enkle løsninger og at de spenner over organisatoriske grenser, forvaltningsnivå og sektorer (1, 4). Samarbeid og koordinering mellom ulike aktører, organisasjoner og administrative nivåer blir sett på som forutsetninger for å kunne håndtere slike problemer (5).

I Norge har kommunene hatt en sentral rolle i krisehåndteringen av pandemien (6, 7) med ansvar for å forhindre og forsinke smitte, organisere testing og vaksinerings samt gi råd og veilede befolkningen (8). De fleste kommunene har organisert krisehåndteringen gjennom en kriseledelse bestående av ulike aktører som koordinerer forebyggende arbeid og responsaktiviteter (8) og som skal handle raskt og hensiktsmessig i uforutsigbare omgivelser (9). Kriseledelsen har hatt en kompleks utfordring med å ta beslutninger, innføre sikkerhetstiltak og ivareta ulike interesser og innbyggernes forventninger (10). Til tross for det gjenstridige problemet som pandemien representerer, er Norges håndtering vurdert som god (7). Forklaringene på dette er god oppslutning i befolkningen, en god økonomisk situasjon, tett samarbeid mellom politikere, administrasjon og faglige eksperter (10, 11) og at Norge er et tillitssamfunn (7).

Kommunelegen har inngått i kriseledelsen og vært en kritisk ressurs i det kommunale smittevern- og beredskapsarbeidet (12). Før pandemien viste Fossberg og Frich at kommuneleger har opplevd egen rolle som tilbaketrukket og med liten påvirkningskraft som følge av begrenset tilgang til beslutningsarenaer (13). I den studien beskrev kommunelegene en utfordrende balanse mellom klinisk rådgivning i enkeltsaker og samfunnsmedisinsk rådgivning for kommuneledelsen, der sistnevnte ofte ble nedprioritert på grunn av overvekt av etterspørsler fra helsetjenesten.

Formålet med denne studien var å undersøke kommunelegens rolle under covid-19-pandemien sett i lys av den kommunale kriseledelsen. Vi diskuterer hvordan dette skiller seg fra kommunelegens opplevelse av egen rolle før pandemien (13). Vi koblet ikke rollebegrepet til en bestemt teoretisk posisjon eller arbeidsrettslige bestemmelser (14), men brukte rollebegrepet for å illustrere kommunelegens praksis, funksjon og betydning under pandemien.

Materiale og metode

Artikkelen bygger på et datamateriale som inngikk i et større forskningsprosjekt. «Før, under og etter pandemien: Hvilken lærdom kan spesialist- og kommunehelsetjenesten ta med seg fra samhandlingen om covid-19?» er et samarbeidsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal, Høgskolen i Molde, Høgskulen i Volda og NTNU.

Hensikten med studien var å belyse kommunelegens rolle under pandemien fra et faglig, politisk og administrativt perspektiv. Begrepet *kommunelege* viser i denne artikkelen til kommuneoverleger med smittevernlegemyndigheten i kommunen. Det ble valgt et kvalitativt design med dybdeintervju, som er godt egnet for å undersøke menneskers opplevelser og erfaringer (15).

UTVALG

Vi sendte forespørsel om deltakelse til seks kommuner i ett fylke som dekket ulik størrelse, ulike sykehusområder og ulikt næringsliv. Kommunene ble strategisk valgt for å få frem ulike utfordringer og samhandlingsmønstre (16). Informantene skulle være sentrale deltakere i kriseledelsen, og vi ønsket at fag, politikk og administrasjon ble dekket fra hver kommune. Informasjon om studien og samtykkeskjema ble sendt på e-post. Fem kommuner aksepterte forespørselen. Det var noe variasjon i hvilken stilling som representerte politikk og administrasjon, mens kommunelege representerte fag (tabell 1). Utvalget besto av 14 personer, fire kvinner og ti menn.

Tabell 1

Utvalget i vår studie, inkludert informantnummer, kommunestørrelse, stilling og område

Kommune (antall innbyggere)	Informant	Stilling	Område
A (< 4 999)	1	Kommunelege	Fag
	2	Ordfører	Politikk
	3	Assisterende kommunedirektør	Administrasjon
B (5 000 - 9 999)	4	Kommunelege	Fag
	5	Ordfører	Politikk
	6	Kommunedirektør	Administrasjon
C (10 000 - 19 999)	7	Ordfører	Politikk
	8	Kommunedirektør	Administrasjon
D (> 20 000)	9	Kommunelege	Fag
	10	Assisterende ordfører	Politikk
	11	Beredskapssjef	Administrasjon
E (> 20 000)	12	Kommunelege	Fag
	13	Ordfører	Politikk
Kommune (antall innbyggere)	14	Kommunalsjef helse	Administrasjon
	Informant	Stilling	Område

GJENNOMFØRING

Vi gjennomførte intervjuene i perioden november 2021 til januar 2022. Denne perioden betegnes som den fjerde smittebølgen (17). På bakgrunn av dette vurderte vi at informantene fremdeles var i en pandemisituasjon, og de hadde erfaringer fra ca. 18 måneder med pandemi.

Intervjuene dekket følgende temaer: pandemiens betydning for arbeidshverdagen, ansvarsfordeling og beslutningsprosesser i kriseledelsen, samarbeid internt og eksternt samt planverkets rolle. Kommunelegens rolle var ikke et hovedtema, men informantenes beskrivelser av kriseledelse inneholder et rikt datamateriale om kommunelegens rolle.

Intervjuene varte i ca. 60 minutter og ble tatt opp. Alle forfatterne deltok i minst to intervju, og to av forfatterne deltok eller transkriberte samtlige intervju for å sikre at begge hadde god innsikt i datamaterialet. Hvert intervju ble transkribert og anonymisert med krypteringsnøkkel etter gjeldende personvernreglement. Lydopptakene ble deretter slettet.

ANALYSE

Første steg i analysen var at to av forfatterne gjorde en induktiv, empirinær koding hver for seg, inspirert av stegvis deduktiv-induktiv metode (18). Hensikten var at kodingen skulle ligge tett opp mot empirien fremfor å kode etter forhåndsdefinerte temaer. Dette resulterte i et trettitalls empirinære koder, som forfatterne deretter diskuterte sammen for å identifisere kodegrupper som var relevante for artikkelens problemstilling. De empirinære kodene ble tematisk gruppert i fem kodegrupper. Flere av kodegruppene var overlappende, og vi gjorde en høyere ordens sortering, som resulterte i to hovedtemaer. Tabell 2 gir en oversikt over eksempler på empirinære koder, kodegruppene og de to hovedtemaene. Analyseprogrammet NVivo ble brukt i kodingsarbeidet.

Tabell 2

Oversikt over empirinære koder, kodegrupper og hovedtemaer

Eksempler på empirinære koder	Kodegrupper	Hovedtemaer
Dynamikk i kriseledelsen Tydelig oppgavefordeling i kriseteamet Fullmakter og ansvar Respekt som fagperson Trygghetsskapende	Sentral rolle i krisehåndteringen	Premissgiver
Ble en svært viktig del av kommunens administrasjon Fra usynlig til synlig Stort arbeidspress Meningsfull rolle	Endringer i rollen under pandemien	
Avvik fra nasjonale retningslinjer Frustrasjon og forbedringspunkt Nyttig som informasjon og verktøy	Forhold til nasjonale retningslinjer	Koordinator
Faglige nettverk som viktig støtte Tett samarbeid med aktører i kommunen Samarbeid med næringsliv som viktig	Nettverk som en viktig støtte i arbeidet	
Jevnlig kommunikasjon med befolkningen Tillit i befolkningen	Dialog med befolkningen	

Før oppstart ble prosjektskisse med informasjonsskriv og samtykkeskjema godkjent av Data Access Committee (DAC) i Helse Møre og Romsdal.

Resultater

I analysen kom vi frem til to begreper som oppsummerer kommunelegens rolle i den kommunale pandemihåndteringen i studiens fem kommuner: premissgiver og koordinator. Premissgiver viser til kommunelegen som faglig premissgiver i kriseledelsen der den samfunnsmedisinske kompetansen ble anerkjent og etterspurt. Kommunelegens rolle som koordinator omfatter arbeidet med smittevern og -sporing i egen kommune, koordinering av tiltak på tvers av kommunegrensene samt koordinering av informasjon, retningslinjer og tiltak på tvers av lokale, regionale og nasjonale myndigheter.

PREMISSGIVER

Felles for kriseledelsen i de fem kommunene var en operativ kjerne bestående av ordfører, kommunedirektør, kommunelege og relevante kommunalsjefer. Samarbeidet ble av samtlige beskrevet som meget godt og rollefordelingen som avklart. Eksempelvis sa en kommunedirektør (deltaker 8) at «vi skiller mellom det faglige, politiske og administrative. Klart definert og trækker ikke i hverandre sine roller. Fungerer i god symfoni». Den formelle leder av kriseledelsen var ordfører eller kommunedirektør, og det kom tydelig frem at kommunelegen med sin samfunnsmedisinske kompetanse hadde en sentral betydning i kriseledelsens beslutningsprosesser som faglig rådgiver:

«Vi var jo veldig klare på fra dag én at dette var et område som du måtte legge faglige vurderinger til grunn. Derfor fikk kommunelegen en helt sentral posisjon [...] hatt en veldig tung rolle [...] Beslutningene som er tatt, er i meget stor grad basert på de rådene som hun har gitt.» (ordfører, deltaker 5)

Kommunelegen omtales som en premissgiver for beslutningene som ble tatt i kriseledelsen, ettersom pandemiutfordringen krevde faglige begrunnede tiltak. Rollen ble styrket av fullmaktene i smittevernloven.

«Kommunelegen har alle fullmakter i praksis, så det ligger til han å fatte enkeltvedtak. Han valgte å konsultere oss underveis.» (assisterende kommunedirektør, deltaker 3)

Kommunelegene opplevde en markant endring i arbeidshverdagen som følge av pandemien. Samtlige beskrev et enormt arbeidspress med lange dager og mange møter, og de refererte til «pandemien som altoppslukende» (kommunelege, deltaker 9). Ordningen med vakttelefon innebar at «man kontinuerlig var i beredskap» (kommunelege, deltaker 1). Til tross for stor

arbeidsbelastning konstaterte kommunelegene at pandemiarbeidet hadde vært en positiv opplevelse. Dette ble begrunnet med godt samarbeid, innflytelse og anerkjennelse av fagkompetanse som samfunnsmedisinere:

«Du fikk veldig god oppbakking og ble respektert for den fagpersonen du var [...] Jeg opplevde et veldig positivt samarbeid med kommunens administrative ledelse og ordføreren.» (kommunelege, deltaker 1)

Kommunelegens kompetanse ble etterspurt både av administrasjon og politisk ledelse, og flere opplevde slik å bli mer synlig internt gjennom deltakelse i beslutningsprosesser:

«Fra å være en usynlig smittevernlege, så ble jeg jo veldig synlig i forhold til kommunens politiske ledelse, dvs. ordfører og varaordfører og beredskapsrådet.» (kommunelege, deltaker 1)

En kommunelege (deltaker 4) uttrykte det slik: «Jeg mener virkelig at jeg har satt dagsorden. Har selvsagt fått innspill fra alle kommunalledere som er på møtene, men jeg har bestemt retningen». Kommunelegene hadde innflytelse, og sitatet illustrerer kommunelegen som faglig premissgiver. Dette ble beskrevet som en endring fra før pandemien: «Plutselig var jeg en veldig viktig del av kommunens administrasjon» (kommunelege, deltaker 1).

Beslutningsprosessene foregikk ved at kommunelegen la frem faglige vurderinger og forslag til vedtak i kriseledelsen. Disse ble så diskutert i fellesskap i forkant av vedtak. Kommunestyret var i liten grad involvert i beslutningsprosessene, men ble løpende informert:

«Kriseledelsen vedtok strakstiltak [...] Og så var det i større grad å orientere formannskapet og kommunestyret om både situasjonen og de tiltakene man hadde satt i verk.» (kommunelege, deltaker 9)

Denne praksisen begrunnes med behovet for å kunne operere raskt og effektivt: «hadde vært altfor tungt å kjøre gjennom lange politiske prosesser» (ordfører, deltaker 13) og «aldri hørt fra kommunestyret at beslutningen skulle vært tatt der. De følte at kommunelegen gjorde jobben sin og at faglige vurderinger lå bak, fremfor at vi skulle synse i kommunestyret» (ordfører, deltaker 2).

Praksisen med å fatte beslutninger i kriseledelsen beskrives som en ukontroversiell praksis av kommunene i studien: «Aldri vært noe problematikk eller spørsmål rundt det. Ordfører har orientert formannskapet underveis [...] Det har gått 'smooth'» (assisterende kommunedirektør, deltaker 3). På spørsmål om hvorfor det var lite kontroverser rundt praksisen, trekkes tillit og felles forståelse frem som forklaringer:

«De faglige vurderinger og tilgang på råd og veiledning som har vært avgjørende, stor tillit. Politisk, både lokalt og nasjonalt, stor forståelse for at i kriser er det viktig å stå sammen om beslutninger og budskap selv om en ikke er helt enig [...] utad å fremstå som enig, å ikke starte diskusjoner om en skulle valgt andre strategier.» (assisterende ordfører, deltaker 10)

KOORDINATOR

I arbeidet med smittevern og -sporing samarbeidet kommunelegene tett med en rekke aktører internt i kommunen, som for eksempel sykehjem, skoler, barnehager og renhold. Samarbeidet ble beskrevet som avgjørende for å opprettholde driften av sentrale funksjoner i kommunen under pandemien. Kommunelegen ble fremhevet som en viktig koordinator i pandemihåndteringen gjennom informasjon og oppfølging av smittevern og -sporing, både internt i kommunen, ut mot befolkningen og mot private bedrifter med utenlandsk arbeidskraft.

«Kommunelegen har hatt lav terskel for å gi råd, egentlig til alle som har spurt: konfirmasjon, utenlandsk arbeidskraft. Terskelen for å ringe begge veier har vært ekstrem lav.» (kommunedirektør, deltaker 6)

Tilliten til kommunelegens råd kan forklares med at de aktivt støttet seg på ulike faglige nettverk i sitt arbeid, både regionalt og nasjonalt. På lokalt nivå ble nettverk mellom kommuneleger i nærliggende kommuner fremhevet som viktig. Nettverkene omtales som uformelle og lett tilgjengelige:

«Det var veldig nyttig, den uformelle kontakten [...] ikke minst når det var karantene og isolasjon, nyttig å høre hvordan nabokommuner gjorde det.» (kommunelege, deltaker 1)

De lokale nettverkene ble benyttet til å koordinere tiltak og anbefalinger i områder med felles bo- og arbeidsmarked for å skape trygghet hos befolkningen. Faglige råd var ikke alltid avgjørende for beslutningene om vedtak. Andre hensyn, som å koordinere tiltak med nabokommuner, ble i flere tilfeller førende. En kommunelege viste til «søringkarantene» som et eksempel:

«At de som kom sørfra var pålagt karantene, var kun for at vi skulle være samstemte med andre, unngå uro [...] Fra faglig ståsted så ville jeg ikke anbefale det. [...] vi skal være mest mulig samstemt med nabokommuner, da vil befolkningen vår føle seg tryggere.» (kommunelege, deltaker 1)

Nasjonale og regionale instanser var også viktige i kommunelegenes arbeid:

«Det var god kommunikasjon fra regjeringen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Ikke minst var møtene med helseforetaket og statsforvalter viktig. Fantastisk hjelp og støtte, og gjorde at vi følte oss på tryggere grunn.» (kommunelege, deltaker 4)

Kommunelegene forankret arbeidet sitt i informasjon og veiledning fra nasjonale og regionale myndigheter. En viktig oppgave var å oversette og iverksette nasjonale føringer og retningslinjer til den lokale konteksten:

«Det må tilpasses lokalt [...] Vi var i en helt annen situasjon enn bykommunene. Så vi måtte tilrettelegge lokalt uten at vi kom i konflikt med forskriftene og anbefalinger sentralt.» (kommunelege, deltaker 1)

Under pandemien ble også et nasjonalt nettverk av samfunnsmedisinere benyttet for å dele erfaringer og utarbeide skriftlig materiale og prosedyrer. Søringkarantene er et eksempel på tiltak som fulgte av diskusjoner i det nasjonale nettverket.

Forumet ble også aktivert når kommunelegene som gruppe ønsket en felles uttalelse til nasjonale myndigheter.

Diskusjon

Analysen viste hvordan kommunelegene fungerte som en viktig premissgiver i beslutningsprosesser og at kommunelegene fra politisk og administrativt hold ble beskrevet som den viktigste rådgiveren i krisehåndteringen under pandemien. Hvordan kommunelegene fungerte som en koordinator mellom ulike aktører og forvaltningsnivå, kom også frem.

Etterspørselen etter samfunnsmedisinsk rådgivning eksploderte under pandemien. I en krise der kommuneledelsen ikke hadde standardiserte løsninger på utfordringene – et såkalt gjenstridig problem (1) – ble samfunnsmedisinsk kompetanse ansett som kritisk for å håndtere pandemien. Før pandemien var det en overvekt av klinisk rådgivning i kommunene (13), nå dominerte etterspørselen etter samfunnsmedisinsk rådgivning.

Som i en studie av lokalt smittevern i Norge (19) hadde ikke kommunelegene i vår studie en formell lederrolle under pandemien, men de hadde hatt stor innflytelse i beslutningsprosesser som faglig premissgiver i kriseledelsen. Dette står i kontrast til før pandemien, der kommuneleger i Fossberg og Frichs studie opplevde å stå utenfor beslutningsprosesser (13). Våre funn er i tråd med andre studier som viser at kommunelegene har hatt en sentral rolle i kommunenes beslutningsprosesser under pandemien (17, 20), og de har hatt en viktig rolle i kommuneadministrasjonen, kommunens krisehåndtering og overfor befolkningen (21).

Kriseledelsen i de fem kommunene var preget av godt samarbeid mellom politikere, administrasjon og faglige ekspertise, i likhet med den nasjonale pandemihåndteringen (10). Kriseledelsen har hatt stor beslutningsmyndighet og fattet vedtak uten deltakelse fra kommunestyret, og det har vært en konsensus rundt denne praksisen i de studerte kommunene. Et godt samarbeidsklima og konsensus påpekes som en av årsakene til hvorfor myndighetene har håndtert pandemien godt (7, 11). Myndighetene har lagt vekt på å skape en felles forståelse for krisen og at bred innsats måtte til på tvers av politikk, sektorer og i befolkningen (11). Denne tilnærmingen er i tråd med hvordan gjenstridige problem må møtes, nemlig gjennom samarbeid og koordinering mellom ulike aktører, organisasjoner og administrative nivåer (5). Både vår studie og andre studier påpeker kommunelegens koordinerende funksjon (7, 21). Våre funn viser også at kommunelegene gjennom koordinering og oversetting av nasjonale retningslinjer til den lokale konteksten var et viktig bindeledd mellom lokale, regionale og nasjonale myndigheter.

Covid-19 har gitt en ny tidsdimensjon til begrepet krise – krise som noe langvarig og en del av hverdagen. Kommunelegene har vært en sentral del av viktige beslutningsarenaer i to år. Deltakelse i disse fellesskapene kan ha utviklet relasjoner og kunnskap om kommunelegenes samfunnsmedisinske kompetanse som kan bidra til at de i større grad vil inkluderes i faglige spørsmål og beslutninger også etter pandemien. Andre studier har vist at kommuneleger opplevde det store beslutningsansvaret under pandemien som utfordrende (7, 20), som følge av at kommunelegefunksjonen ikke var rustet og organisert til å håndtere en pandemi av lang varighet (17). En lærdom fra pandemien er å organisere mer hensiktsmessig for å håndtere kriser som strekker seg over tid, for å unngå overbelastning på enkelte funksjoner (22). Basert på våre funn vil vi også legge til at det er viktig å sikre ivaretagelse av lokaldemokratiske prosesser i krisetider, samtidig som man ivaretar behovet for å handle effektivt.

Studien representerer et utvalg medlemmer i kriseledelsen i fem små og mellomstore kommuner i Norge. Funnene kan ikke generaliseres til å gjelde alle kommuner. Kommunal variasjon innebærer at det kan være kommuner hvor kommunelegen ikke har vært en del av kriseledelsen, og det har vært regionale forskjeller i samarbeidet mellom statsforvalter og kommunene (22). Til tross for disse begrensningene er det en sterk koherens i fortellingene om kommunelegens rolle blant informantene. Våre resultater sammenfaller også med andre studier, rapporter og faglige diskusjoner (7, 21, 23). På bakgrunn av dette mener vi at en forståelse av kommunelegen som premissgiver og koordinator under pandemien har en konseptuell overføringskraft ut over de studerte kommunene.

Vi takker representantene i partnerskapet for konstruktive tilbakemeldinger i arbeidet med denne artikkelen.

Forskningsprosjektet ble finansiert av Samarbeidsorganet i Helse Midt-Norge, prosjektnummer 46055500.

Artikkelen er fagfelleurdert.

REFERENCES

1. Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sci* 1973; 4: 155–69. [CrossRef]
2. Schiefloe PM. The Corona crisis: a wicked problem. *Scand J Public Health* 2021; 49: 5–8. [PubMed][CrossRef]
3. Nesheim T, Gressgård LJ, Hansen K et al. Gjenstridige problemer og tverretattlig samordning: Et analytisk rammeverk. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 2019; 35: 28–50. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-2936-2019-01-02> Lest 10.10.2022.
4. Fimreite AL. Organisering, samfunnsikkerhet og krisehåndtering. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
5. Christensen T, Lægred OM, Lægred P. Administrative coordination capacity; does the wickedness of policy areas matter? *Policy Soc* 2019; 38: 237–54. [CrossRef]
6. Askim J, Bergström T. Between lockdown and calm down. Comparing the COVID-19 responses of Norway and Sweden. *Local Gov Stud* 2021; 48: 291–311. [CrossRef]
7. NOU 2021: 6. Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/> Lest 10.10.2022.
8. Helsedirektoratet. Pandemiplanlegging: Kommunens plikter. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/pandemiplanlegging/bakgrunn-for-pandemiplanlegging/kommunens-plikter> Lest 10.10.2022.
9. Thielsch MT, Röseler S, Kirsch J et al. Managing pandemics—demands, resources, and effective behaviors within crisis management teams. *Appl Psychol* 2021; 70: 150–87. [PubMed][CrossRef]
10. Christensen T, Lægred P. Balancing Governance Capacity and Legitimacy: How the Norwegian Government Handled the COVID-19 Crisis as a High Performer. *Public Adm Rev* 2020; 80: 774–9. [PubMed][CrossRef]
11. Christensen T, Lægred P. The coronavirus crisis—crisis communication, meaning-making, and reputation management. *Int Public Manage J* 2020; 23: 713–29. [CrossRef]
12. Helsedirektoratet. Rapport - Nasjonal kartlegging av kommunelegefunksjonen. https://www.statsforvalteren.no/contentassets/cb92abdea3b14206bc7e224194ab8cbd/nasjonal_kartlegging_av_kommunelegefunksjonen_-_sammenfatning_av_alle_fylkesrapporter.pdf Lest 10.10.2022.
13. Fossberg BC, Frich JC. Kommuneoverlegers opplevelse av egen rolle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: 121–6. [PubMed][CrossRef]
14. Raastad H. Rollen som kommuneoverlege. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142: 573–4.
15. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal, 2015.
16. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research (3rd ed.): Techniques and procedures for developing grounded theory. 3. utg. Sage publications, Inc, 2008.
17. NOU 2022: 5. Myndighetenes håndtering av koronapandemien – del 2 — Rapport fra Koronakommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/> Lest 10.10.2022.
18. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske, 2017.
19. Fosse A, Svensson A, Konradsen I et al. Tension between local, regional and national levels in Norway's handling of COVID-19. *Scand J Public Health* 2022; 0: 0. [PubMed][CrossRef]

20. Indset M, Stokstad S. Kommunenes praktisering av smittevernloven under covid-19-pandemien. By- og regionforskningsinstituttet NIBR, OsloMet – storbyuniversitetet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/6527> Lest 10.10.2022.
 21. Fosse A, Svensson A, Konradsen I et al. Lokalt smittevern i Norge under koronapandemien. Mo i Rana: Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, 2021. https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2021/04/NSDM-rapport-2021_Lokale-smittevernvedtak_120421.pdf Lest 10.10.2022.
 22. Ese J, Bjørkquist C, Fineide MJ et al. Covid-19 pandemien – statsforvalterens rolle. En gjennomgang av hvordan statsforvalterne i Norge håndterte innføring av omfattende nasjonale smitteverntiltak som følge av covid-19 pandemien våren 2020. <https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2756394/2021-2%20Oppdragsrapport%20Ese%20et%20al%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Lest 10.10.2022.
 23. Fossberg B. Nyttårsønske fra sliten kommuneoverlege. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 8. [PubMed]
-

Publisert: 7. november 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0396

Mottatt 30.5.2022, første revisjon innsendt 5.10.2022, godkjent 10.10.2022.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. november 2022.